

Ref.: MT507559/13

Reg. I.S.P. N° F-15836/11

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg**

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

COMPOSICIÓN:

Neopresol® 10 mg

Cada comprimido recubierto contiene:

Escitalopram (como oxalato) 10 mg

Excipientes: ~~Gopelividona VA 64, croscarmelosa sódica, estearato de magnesio, celulosa microcristalina, colorante D&C amarillo N° 10, laca aluminica, copolímero de alcohol polivinílico, polietileno, dióxido de titanio c.s.~~ (Incluir listado cualitativo de excipientes, de acuerdo a última fórmula aprobada en el registro sanitario)



ACCION TERAPEUTICA:

Antidepresivo

INDICACIONES:

Tratamiento del desorden depresivo mayor y de mantenimiento para evitar la recaída. Tratamiento de la crisis de pánico con o sin agorafobia. Tratamiento de la ansiedad social.

CARACTERISTICAS FARMACOLOGICAS:

Acción farmacológica:

El escitalopram es inhibidor selectivo de la recaptura de la serotonina (ISRS), único mecanismo de acción probable para explicar los efectos farmacológicos y clínicos del escitalopram.

Su selectividad le confiere la propiedad de tener escaso o nulo efecto sobre la recaptura de noradrenalina, dopamina y el ácido gamma aminobutírico (GABA). Además, en contraste con muchos antidepresivos tricíclicos y algunos de los otros ISRSs el escitalopram no tiene o tiene muy baja afinidad por receptores tales como: 5HT₂; D₁ Y D₂; adrenorreceptores α_1 - α_2 ; betarreceptores; receptores a la histamina H₁; muscarínicos; benzodiazepínicos y opioides.

Esta ausencia de efectos sobre los receptores descriptos puede explicar la menor incidencia de efectos adversos asociados a la terapia con escitalopram, en comparación con los efectos tradicionales de los antidepresivos tricíclicos. Además, si estos efectos llegan a presentarse, son leves y transitorios.

FOLLETO DE INFORMACIÓN
AL PROFESIONAL

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg****Farmacocinética:**

Absorción: La absorción de escitalopram es casi completa e independiente de la ingesta de alimentos. Su biodisponibilidad absoluta es aproximadamente 80%. En dosis de 10 mg diarios, el estado de equilibrio se alcanza en aproximadamente una semana, obteniéndose concentraciones promedio de equilibrio de 50 nmol/L (20-125 nmol/L). El tiempo promedio para alcanzar la concentración máxima es de 4 horas después de múltiples dosis.

Distribución: El volumen aparente de distribución después de la administración oral es de 12-26 L/Kg. La unión a proteínas plasmáticas de escitalopram y sus principales metabolitos es inferior al 80%.

Metabolismo: Escitalopram es metabolizado en el hígado a metabolitos desmetilado y didesmetilado, ambos farmacológicamente activos. Alternativamente, el nitrógeno se puede oxidar para formar el metabolito N-óxido. Tanto la molécula original como los metabolitos se excretan parcialmente como glucurónidos. Tras la administración de dosis múltiples las concentraciones medias de los metabolitos desmetilado y didesmetilado son de 28-31% y < 5% de la concentración de escitalopram, respectivamente. La biotransformación está mediada principalmente por CYP2C19 así como también puede intervenir CYP3A4 y CYP2D6.

Se ha observado que los metabolizadores lentos vía CYP2C19 presentan el doble de la concentración plasmática de escitalopram en comparación con los metabolizadores rápidos. No se observaron cambios significativos de la exposición en los metabolizadores lentos vía CYP2D6.

Excreción: La vida media de eliminación es aproximadamente de 30 horas y el clearance plasmático oral es aproximadamente 0,6 L/min. Casi la totalidad de escitalopram es excretado por la orina en forma de metabolitos. Una pequeña cantidad es excretada por la heces.

En insuficiencia hepática, la vida media del citalopram racémico fue aproximadamente dos veces mayor (83 versus 37 horas) y la concentración media en estado de equilibrio fue aproximadamente 60% más alta que en pacientes con función hepática normal. La farmacocinética de los metabolitos no ha sido estudiada en esta población.

En pacientes con insuficiencia renal (10-53 ml/min) se ha observado que el citalopram racémico presenta una mayor vida media y un menor incremento de la exposición. Las concentraciones plasmáticas de los metabolitos no han sido estudiadas, pero podrían estar elevadas.

El escitalopram se elimina más lentamente en pacientes ancianos (> 65 años) que en los jóvenes. La Biodisponibilidad (AUC) es aproximadamente 50% más alta en pacientes ancianos en comparación con jóvenes voluntarios sanos.

POSOLOGIA, DOSIFICACION Y MODO DE ADMINISTRACION:

NEOPRESOL® se administra en dosis única diaria y puede ingerirse con o sin alimentos.

FOLLETO DE INFORMACIÓN
AL PROFESIONAL

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg**Adultos:

- **Tratamiento de la depresión (Desorden depresivo mayor):** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg.

Generalmente el efecto antidepresivo se obtiene entre 2 y 4 semanas de tratamiento, aunque suele observarse un inicio del efecto terapéutico antes de ese periodo. Después de resolver los síntomas del episodio agudo, se requiere de un tratamiento no menor a 6 meses para la consolidación de la respuesta.

- **Tratamiento de trastornos de pánico:** Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis única de 5 mg diarios durante la primera semana, antes de incrementar la dosis a 10 mg diarios. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. La respuesta máxima se obtiene a los tres meses de tratamiento.
- **Fobia social o trastorno de ansiedad social:** La dosis usual es de 10 mg diarios. Normalmente se requieren 2-4 semanas para el alivio de los síntomas. Posteriormente, dependiendo de la respuesta individual del paciente, la dosis puede ser disminuida a 5 mg diarios o aumentada hasta un máximo de 20 mg al día. Los tratamientos pueden durar entre 3 a 6 meses.

Adolescentes (> 12 años):

La eficacia de Escitalopram como un tratamiento agudo para Desorden Depresivo Mayor fue establecido en un estudio de 8 semanas (placebo controlado), que compara Escitalopram 10 – 20 mg/día frente a un placebo en pacientes ambulatorios de 12 a 17 años de edad.

En este estudio, Escitalopram mostró estadísticamente una mejora promedio significativamente mayor en comparación con el placebo en la escala Children's Depression Rating Scale - Revised (CDRS-R)

La dosis recomendada de Escitalopram es 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, luego de haber transcurrido un mínimo de tres semanas de tratamiento.

Niños (< 12 años):

El escitalopram no está recomendado en niños, ya que no se ha establecido la seguridad y eficacia en esta población.

Pacientes ancianos (> 65 años de edad) / Función hepática reducida:

Dado que se ha demostrado una vida media más larga y una depuración reducida de escitalopram en los ancianos y/o pacientes con función hepática reducida, se recomienda una dosis inicial de 5 mg durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg.

Función renal reducida:

No es necesario el ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. No se disponen todavía de datos en la función renal severa (depuración de creatinina < 30 ml/min).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg****CONTRAINDICACIONES:**

Hipersensibilidad a cualquier componente de la formulación y tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos de la Monoamino Oxidasa (IMAO).

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:

Se recomienda considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los ISRSs (inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina).

En un análisis de 24 estudios clínicos a corto plazo (4 meses), que involucraron a 4.400 pacientes niños con depresión mayor, desorden obsesivo-compulsivo u otras alteraciones psiquiátricas, placebo controlados, quienes fueron tratados con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antidepresivos de otra clase, se observó un incremento del doble en riesgo de suicidio del grupo que recibió el antidepresivo versus el grupo que recibió placebo (4% versus 2%).

Antes de iniciar la terapia con un antidepresivo se deben investigar cuidadosamente los antecedentes psiquiátricos del paciente, incluyendo historia familiar y personal de suicidios y desorden bipolar.

Algunos pacientes con trastornos de pánico pueden presentar un aumento de la ansiedad al inicio del tratamiento con antidepresivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece dentro de las 2 primeras semanas de tratamiento continuo. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansiogénico.

El tratamiento debe ser interrumpido en pacientes que desarrollen convulsiones. Los ISRSs no se deben administrar en pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser cuidadosamente monitoreados.

Los ISRSs se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de ISRSs se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maniaca.

En pacientes con diabetes, el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glicémico (hipoglicemia o hiperglicemia). En estos casos, puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglicemiantes orales.

Con ISRSs se han descrito alteraciones del sangrado cutáneo como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con ISRSs que reciban concomitantemente fármacos que afectan la función plaquetaria (por ejemplo antipsicóticos atípicos y fenotiacinas, la mayoría de los antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios no esteroideos), ticlopidina y dipyridamol, así como en pacientes con antecedentes de alteraciones hemáticas.

Síndrome serotoninérgico: Se aconseja precaución si escitalopram es usado concomitantemente con medicamentos serotogénicos, tales como sumatriptan y sus derivados, tramadol y triptófano. En raros casos, el síndrome serotoninérgico (caracterizado por agitación, temblores, mioclonos e hipertermia) ha sido reportado en pacientes que usan ISRSs concomitantemente con medicamentos

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg**

serotoninérgicos, en cuyo caso deben discontinuarse inmediatamente ambos fármacos e iniciar un tratamiento sintomático.

La experiencia clínica sobre la administración concomitante de ISRS y Terapia electroconvulsiva es limitada, por lo que se recomienda precaución.

Ante la discontinuación de la terapia con escitalopram, la dosis debe reducirse gradualmente durante un periodo de una o dos semanas para evitar posibles efectos derivados de la suspensión del tratamiento, tales como mareos, cefalea y náuseas. Sin embargo, aunque estos efectos pueden ocurrir al suspender el tratamiento, la evidencia preclínica y clínica sugiere que los ISRS's no causan dependencia.

Escitalopram no altera ni la función intelectual ni el rendimiento psicomotor. No obstante, al igual que con cualquier fármaco psicoactivo, se recomienda advertir a los pacientes sobre la potencial influencia del medicamento en su capacidad para conducir vehículos u operar maquinaria.

Embarazo: Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales del escitalopram sobre el desarrollo embrionario y fetal parto o desarrollo posnatal durante la exposición considerada en exceso de dosis clínicamente relevantes. Estudios en animales no han mostrado evidencia de potencial mutagénico o teratogénico. Escitalopram no afecta la función reproductora o las condiciones perinatales. Sin embargo, no se recomienda su uso en mujeres embarazadas, por lo que se tendrá que evaluar la relación riesgo/beneficio en cada caso particular.

Lactancia: A pesar de no contar con estudios contundentes en cuanto a la excreción de escitalopram en la leche materna, algunos de esos estudios realizados demuestran que el porcentaje transmitido a los lactantes es menor al 10% y en algunos se encontraron nulas. Sin embargo, no se recomienda su uso durante la lactancia.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios observados con escitalopram son en general leves y transitorios. Son más notorios durante la primera o segunda semana de tratamiento y por lo general se atenúan cuando mejora el estado depresivo.

Los eventos adversos más frecuentes asociados a la terapia con escitalopram han sido cefalea, náuseas, diarrea y sequedad bucal

Con menor frecuencia, se ha observado disminución del apetito, insomnio, somnolencia, mareos, sinusitis, constipación, sudoración, fatiga, pirexia o trastornos del sabor, disminución de la libido, anorgasmia en mujeres, trastorno de la eyaculación, impotencia, bostezos, diarrea, estreñimiento.

Otros efectos secundarios, asociados a grupo terapéutico de los ISRS son hipotensión postural, hiponatremia, secreción inadecuada de ADH, visión borrosa, reacciones anafilácticas, artralgia, mialgia, convulsiones, alteraciones del movimiento, síndrome serotoninérgico, retención urinaria, galactorrea, disfunción sexual, erupción cutánea, equimosis, prurito y angioedema.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg****INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:**

Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con un inhibidor de la monoaminoxidasa no selectiva (IMAO) o con el IMAO reversible (IMAR) moclobemida y también en pacientes que han dejado de tomar un ISRS y han iniciado tratamiento con un IMAO. Escitalopram no se debe administrar en combinación con un IMAO. El tratamiento con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible y como mínimo un día después de interrumpir el tratamiento con el IMAO reversible (IMAR) moclobemida. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la discontinuación del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO o un IMAR (no selectivo).

La administración conjunta con fármacos serotoninérgicos (por ejemplo tramadol o sumatriptán) puede provocar un síndrome serotoninérgico.

Se ha informado de casos de potenciación de efectos cuando los ISRS se han administrado con litio o triptófano, por lo que la administración concomitante de ISRSs con estos fármacos debe realizarse con precaución.

La administración conjunta de fármacos que inhiben el metabolismo hepático, especialmente la CYP2C19, conduce a un aumento de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Se recomienda precaución con la utilización conjunta de omeprazol, esomeprazol, fluvoxamina, ticlopidina o cimetidina, donde podría ser necesaria una reducción de la dosis de escitalopram.

Escitalopram es un inhibidor moderado de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando se administren conjuntamente otros fármacos de estrecho margen terapéutico cuyo metabolismo sea catalizado principalmente por esta enzima, tales como flecainida, propafenona, metoprolol, desipramina, clomipramina, nortriptilina, risperidona, tioridazina o haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación.

En estudios de interacción farmacocinética con citalopram racémico no se han observado interacciones clínicamente importantes en la farmacocinética de ketoconazol, carbamazepina, triazolam, teofilina, warfarina, levomepromazina, litio y digoxina. Sin embargo para carbamazepina warfarina y litio puede existir un riesgo de interacción farmacodinámica.

La administración concomitante con hierba de San Juan puede aumentar la incidencia de reacciones adversas.

ALTERACIONES EN PRUEBAS DE LABORATORIO

No se han registrado alteraciones significativas en los resultados de las pruebas de laboratorio durante el tratamiento con escitalopram, incluyendo parámetros hepáticos, incluso con dosis elevadas de escitalopram.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg**

SOBREDOSIFICACION:

Síntomas: Los síntomas de sobredosificación observados con citalopram racémico (> 600 mg) son mareos, temblor, agitación, somnolencia, estupor, convulsiones, taquicardia, cambios en el segmento ST-T del ECG, ensanchamiento del complejo QRS, intervalo QT prolongado, arritmias, depresión respiratoria, vómito, rabdomiólisis, acidosis metabólica e hipocalcemia. Es previsible que la sobredosificación con escitalopram presente la misma sintomatología.

Tratamiento: No existe un antídoto específico. El tratamiento es fundamentalmente sintomático y de sostén. Se recomienda establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Se recomienda controlar los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático.

PRESENTACIONES:

(Las autorizadas en el registro)

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg****BIBLIOGRAFIA:**

1. Montgomery SA, Nil R, Durr-Pal N, Loft H, Boulenger JP. A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram for the prevention of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Oct;66(10):1270-8.
2. Colonna L, Andersen HF, Reines EH. A randomized, double-blind, 24-week study of escitalopram (10 mg/day) versus citalopram (20 mg/day) in primary care patients with major depressive disorder. *Curr Med Res Opin*. 2005 Oct;21(10):1659-68.
3. Malling D, Poulsen MN, Sogaard B. The effect of cimetidine or omeprazole on the pharmacokinetics of escitalopram in healthy subjects. *Br J Clin Pharmacol*. 2005 Sep;60(3):287-90.
4. Stein DJ, Andersen HF, Goodman WK. Escitalopram for the treatment of GAD: efficacy across different subgroups and outcomes. *Ann Clin Psychiatry*. 2005 Apr-Jun;17(2):71-5.
5. Bielski RJ, Bose A, Chang CC. A double-blind comparison of escitalopram and paroxetine in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2005 Apr-Jun;17(2):65-9.
6. Goodman WK, Bose A, Wang Q. Treatment of generalized anxiety disorder with escitalopram: pooled results from double-blind, placebo-controlled trials. *J Affect Disord*. 2005 Aug;87(2-3):161-7.
7. Freeman EW, Sondheim SJ, Sammel MD, Ferdousi T, Lin H. A preliminary study of luteal phase versus symptom-onset dosing with escitalopram for premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):769-73.
8. Lader M, Andersen HF, Baekdal T. The effect of escitalopram on sleep problems in depressed patients. *Hum Psychopharmacol*. 2005 Jul;20(5):349-54.
9. Wingen M, Bothmer J, Langer S, Ramaekers JG. Actual driving performance and psychomotor function in healthy subjects after acute and subchronic treatment with escitalopram, mirtazapine, and placebo: a crossover trial. *J Clin Psychiatry*. 2005 Apr;66(4):436-43.
10. Moore N, Verdoux H, Fantino B. Prospective, multicentre, randomized, double-blind study of the efficacy of escitalopram versus citalopram in outpatient treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2005 May;20(3):131-7.
11. Rush AJ, Bose A. Escitalopram in clinical practice: results of an open-label trial in a naturalistic setting. *Depress Anxiety*. 2005;21(1):26-32.
12. Kasper S, Stein DJ, Loft H, Nil R. Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, flexible-dosage study. *Br J Psychiatry*. 2005 Mar;186:222-6.
13. Murdoch D, Keam SJ. Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive disorder. *Drugs*. 2005;65(16):2379-404.
14. Llorca PM, Azorin JM, Despiegel N, Verpillat P. Efficacy of escitalopram in patients with severe depression: a pooled analysis. *Int J Clin Pract*. 2005 Mar;59(3):268-75.
15. Pedersen AG. Escitalopram and suicidality in adult depression and anxiety. *Int Clin Psychopharmacol*. 2005 May;20(3):139-43.
16. Bielski RJ, Ventura D, Chang CC. A double-blind comparison of escitalopram and venlafaxine extended release in the treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004 Sep;65(9):1190-6.
17. Bech P, Tanghøj P, Cialdella P, Andersen HF, Pedersen AG. Escitalopram dose-response revisited: an alternative psychometric approach to evaluate clinical effects of escitalopram compared to citalopram and placebo in patients with major depression. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2004 Sep;7(3):283-90.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg**

18. Lader M, Stender K, Burger V, Nil R. Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: randomised, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depress Anxiety*. 2004;19(4):241-8.
19. Davidson JR, Bose A, Korotzer A, Zheng H. Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Depress Anxiety*. 2004;19(4):234-40.
20. Rausch JL, Corley KM, Hobby HM. Improved potency of escitalopram on the human serotonin transporter: demonstration of an ex vivo assay technique. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 Apr;24(2):209-13.
21. Montgomery SA, Huusom AK, Bothmer J. A randomised study comparing escitalopram with venlafaxine XR in primary care patients with major depressive disorder. *Neuropsychobiology*. 2004;50(1):57-64.
22. Nadeem HS, Attenburrow MJ, Cowen PJ. Comparison of the effects of citalopram and escitalopram on 5-HT-mediated neuroendocrine responses. *Neuropsychopharmacology*. 2004 Sep;29(9):1699-703.
23. Lepola U, Wade A, Andersen HF. Do equivalent doses of escitalopram and citalopram have similar efficacy? A pooled analysis of two positive placebo-controlled studies in major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2004 May;19(3):149-55. Erratum in: *Int Clin Psychopharmacol*. 2004 Jul;19(4):255.
24. Rapaport MH, Bose A, Zheng H. Escitalopram continuation treatment prevents relapse of depressive episodes. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jan;65(1):44-9.
25. Hirschfeld RM, Vornik LA. Newer antidepressants: review of efficacy and safety of escitalopram and duloxetine. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 4:46-52.
26. Aronson S, Delgado P. Escitalopram. *Drugs Today (Barc)*. 2004 Feb;40(2):121-31.
27. Einarson TR. Evidence based review of escitalopram in treating major depressive disorder in primary care. *Int Clin Psychopharmacol*. 2004 Sep;19(5):305-10. Erratum in: *Int Clin Psychopharmacol*. 2004 Nov;19(6):363.
28. Stahl SM, Gergel I, Li D. Escitalopram in the treatment of panic disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2003 Nov;64(11):1322-7.
29. Lepola UM, Loft H, Reines EH. Escitalopram (10-20 mg/day) is effective and well tolerated in a placebo-controlled study in depression in primary care. *Int Clin Psychopharmacol*. 2003 Jul;18(4):211-7.
30. Masilamani S, Ruppelt SC. Escitalopram (Lexapro) for depression. *Am Fam Physician*. 2003 Dec 1;68(11):2235-6.
31. Waugh J, Goa KL. Escitalopram : a review of its use in the management of major depressive and anxiety disorders. *CNS Drugs*. 2003;17(5):343-62.
32. Burke WJ, Gergel I, Bose A. Fixed-dose trial of the single isomer SSRI escitalopram in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry*. 2002 Apr;63(4):331-6.
33. Wade A, Michael Lemming O, Bang Hedegaard K. Escitalopram 10 mg/day is effective and well tolerated in a placebo-controlled study in depression in primary care. *Int Clin Psychopharmacol*. 2002 May;17(3):95-102.
34. Baldwin DS. Escitalopram: efficacy and tolerability in the treatment of depression. *Hosp Med*. 2002 Nov;63(11):668-71.
35. Burke WJ. Escitalopram. *Expert Opin Investig Drugs*. 2002 Oct;11(10):1477-86.
36. McRae AL. Escitalopram H Lundbeck. *Curr Opin Investig Drugs*. 2002 Aug;3(8):1225-9.
37. Baumann P, Zullino DF, Eap CB. Enantiomers' potential in psychopharmacology--a critical analysis with special emphasis on the antidepressant escitalopram. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2002 Oct;12(5):433-44.
38. Montgomery SA, Loft H, Sanchez C, Reines EH, Papp M. Escitalopram (S-enantiomer of citalopram): clinical efficacy and onset of action predicted from a rat model. *Pharmacol Toxicol*. 2001 May;88(5):282-6.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
NEOPRESOL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 mg**

39. EMSLIE, GJ; et al. *Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a randomized placebo – controlled multisite trial*. NCBI U.S. National Library of Medicine Abstract. [en línea]
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19465881>> [consulta: 04 de noviembre 2013]
40. LAVRETSKY, H; et al. *Improving depression and enhancing resilience in family dementia caregivers: a pilot randomized placebo-controlled trial of escitalopram*. NCBI U.S. National Library of Medicine Abstract. [en línea]
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20104071>> [consulta: 04 de noviembre 2013]
41. DRUG INFORMATION ONLINE, DRUG.COM. *Escitalopram Tablets Professionals Monograph*. [en línea]
<<http://www.drugs.com/pro/escitalopram-tablets.html>> [consulta: 16 de octubre de 2013]

FOLLETO DE INFORMACIÓN
AL PROFESIONAL